

## FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS DEL CONSUMIDOR

Llene este formulario sólo si completó el proceso formal de presentación de quejas y apelación de su plan médico y no está satisfecho con la resolución, o si su plan médico no resolvió su queja dentro de los 30 días. **No obstante, si su queja involucra una amenaza seria e inminente para la salud del paciente, póngase en contacto inmediatamente con la línea de ayuda gratuita de HMO, llamando al (888) 466-2219 o TDD (877) 688-9891.** Escriba a máquina o claramente en letras de molde.

1. Nombre y apellido del reclamante: \_\_\_\_\_  
Número y calle: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (diurno): \_\_\_\_\_ (nocturno): \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

2. Nombre, apellido y dirección del paciente: (Sólo si no es el reclamante):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Nombre del plan médico: \_\_\_\_\_  
Nombre del grupo médico: \_\_\_\_\_  
Nº del grupo médico: \_\_\_\_\_  
Nº de identificación del paciente (o Nº de miembro): \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

4. ¿Es usted beneficiario de Medi-Cal?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Es usted beneficiario de Medicare?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. ¿Presentó anteriormente una queja formal o una apelación ante su plan médico relativa a esta queja?

Si su respuesta es **SÍ**, indique la(s) fecha(s) de contacto: \_\_\_\_\_  
Persona(s) contactada(s): \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Si su respuesta es **NO**, primero debe completar el proceso formal de presentación de quejas y apelación de su plan médico (vea la sección del Proceso de presentación de quejas del consumidor titulada “How Does the Complaint Process Work?” (¿Cómo funciona el proceso de presentación de quejas?)).

**6. Explique en detalle los hechos esenciales de esta queja. ¿Qué servicio del plan médico no recibió? ¿Qué tuvo de malo el servicio que recibió? ¿Qué problemas tiene con la facturación? Explique quién, qué, dónde, cuándo y cómo. Adjunte fotocopias de toda la correspondencia que recibió del plan y todos los demás documentos que crea que respaldan su queja. Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales. (Se requieren las fechas de servicio e información sobre el proveedor).**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**7. Si su queja es sobre la atención o el tratamiento provisto por un proveedor específico (por ejemplo, un médico, una enfermera o un dentista), ¿autoriza al DMHC a que envíe esta queja a la entidad que tiene a su cargo dicha jurisdicción?**  
Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**8. ¿Cuál es su diagnóstico vinculado a esta queja?** \_\_\_\_\_

---

**9. ¿Qué tratamiento(s) recibió en relación con esta queja?**

---

---

**10. ¿Informó esto a alguna otra entidad gubernamental?**

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**Entidad y número de expediente (si lo conoce):**

**Entidad** \_\_\_\_\_ **Número de expediente** \_\_\_\_\_

**11. ¿Tiene algún pleito pendiente? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_**

**Si existe uno, adjunte una fotocopia de los documentos de la corte y suministre:**

**Nombre del condado donde lo presentó:** \_\_\_\_\_

**Número de caso:** \_\_\_\_\_ **Fecha en que lo presentó:** \_\_\_\_\_

**Nombre y apellido del abogado que lo representó:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Entiendo que suministrar la información no es obligatorio, pero no hacerlo puede demorar y hasta impedir la consideración ulterior de una resolución de mi queja. Entiendo que es posible que se envíe una copia de esta queja a mi plan médico.**

---

**Firma del reclamante**

---

**Fecha**

---

**Firma del paciente, si es adulto**

---

**Fecha**

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario, llame a la línea de ayuda gratuita de HMO al (888) HMO-2219 o TDD (877) 688-9891.**

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

\_\_\_\_\_ *en nombre de* \_\_\_\_\_  
Persona que autoriza la divulgación Paciente  
autoriza por la presente a \_\_\_\_\_  
Plan Médico

a que entregue al Departamento de Atención Administrada de la Salud (el Departamento) el o los registros médicos en custodia y/o control del Plan Médico, incluyendo los registros de salud mental pertinentes, relativos a la atención provista al paciente en relación con la queja presentada ante el Departamento.

Esta autorización de divulgación de información puede ser revocada o retirada en cualquier momento y tanto la revocación como el retiro serán aplicables a toda la información que no se haya divulgado previamente al Departamento. Esta autorización caducará al cabo de un año a partir de la fecha indicada a continuación y la fecha de vencimiento será aplicable a toda la información que no se haya divulgado previamente al Departamento. Sus registros médicos sólo se obtendrán si se determina que dicho procedimiento es necesario para completar la revisión de su queja. Dicha información se mantendrá confidencial.

**ESTA AUTORIZACIÓN MÉDICA NO ES OBLIGATORIA. SIN EMBARGO, EL HECHO DE QUE NO FIRME ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE IMPEDIR QUE LO SIGAMOS ASISTIENDO CON SU QUEJA.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del reclamante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente, si es adulto**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Si llena esta autorización en nombre de otro adulto, se requiere la firma de esa persona. Si tiene un poder notarial en nombre de otra persona, entréguenos una copia del documento legal.**

Firme el Formulario de presentación de quejas y la Autorización para la divulgación de registros médicos. Adjunte fotocopias de todos los documentos y registros pertinentes, ya que los originales no se pueden devolver.

Envíe estos documentos por fax a: (916) 229-0465 o

por correo a: Department of Managed Health Care  
California HMO Help Center  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814

## **Proceso de Resolución de Reclamos del Consumidor**

### **¿Cuál es la función del Departamento de Atención Administrada de la Salud?**

El Departamento de Atención Administrada de la Salud regula y licencia a las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) con el objeto de promover servicios de atención de salud de alta calidad en el estado de California. El Departamento tiene la responsabilidad de asegurar que los planes de salud cumplan con la ley Knox-Keene para Planes de Atención de la Salud de 1975 y definan un proceso para resolver las quejas de los pacientes.

### **¿Cuál es la función del Centro de Ayuda HMO de California?**

El Centro de Ayuda HMO de California ayuda a los consumidores con los problemas que tengan en materia de atención de la salud y les recomienda organizaciones comunitarias y gubernamentales que les pueden brindar ayuda adicional. También publica información sobre el cuidado preventivo de la salud para promover el bienestar de los consumidores.

### **¿Cómo funciona el proceso de reclamo?**

Antes de poder presentar un reclamo ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud deberá presentar un reclamo ante su plan de salud. Póngase en contacto con su plan de salud para obtener información sobre su proceso de resolución de quejas. Para obtener ayuda también puede llamar a la Línea de Ayuda HMO al teléfono gratuito (888) HMO-2219 o, para personas con problemas de audición, al TDD (877) 688-9891, o puede visitar nuestro sitio web en [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) y hacer clic en la sección *Contact Your Health Plan*. Si su plan de salud no le resuelve satisfactoriamente su problema dentro del plazo requerido de 30 días, entonces podrá presentar un reclamo ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud. El proceso de resolución de reclamos del Departamento se basa en un examen de toda la información escrita proporcionada por usted y por su plan de salud e incluso, de ser necesario, de los registros médicos pertinentes. Haremos todo lo posible por resolver su reclamo en un plazo de 30 días. Para ayudarnos a cumplir el plazo indicado es importante que nos dé toda la información solicitada en el Formulario de Reclamo del Consumidor y que firme en todos los lugares indicados.

### **¿Qué debo hacer si necesito ayuda inmediata con un reclamo?**

Si su reclamo se debe a un caso que presenta una amenaza inmediata y grave para la salud del paciente, póngase en contacto de inmediato con la Línea de Ayuda al Consumidor al teléfono gratuito (888) HMO-2219 o, para personas con problemas de audición, al TDD (877) 688-9891.

### **¿Qué debo hacer para presentar un reclamo ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud?**

Llene y firme el Formulario de Reclamo del Consumidor. No se olvide de firmar la Autorización para Divulgar Registros Médicos y el Formulario de Reclamo del Consumidor. Adjunte también cualquier documento que sirva para respaldar su reclamo y envíelos por fax junto con el Formulario de Reclamo al Centro de Ayuda HMO de California al (916) 229-0465, o envíelos por correo a la dirección indicada en el Formulario de Reclamo.

### **¿Este proceso de reclamo me impedirá iniciar una acción legal?**

El proceso de resolución de reclamos del Departamento de Atención Administrada de la Salud no es un sustituto de una acción civil judicial. Nosotros no podemos darle asesoramiento legal ni ser su abogado. El proceso de reclamo no debe ser tomado como una forma de obtener datos en preparación para una posible acción legal. Usted puede iniciar una acción legal en cualquier momento durante el proceso de reclamo.

### **¿Qué pasa si el Departamento resuelve el reclamo a favor mío?**

El plan de salud tendrá la obligación de proporcionar al paciente los servicios requeridos, pagar por los servicios o tomar las acciones que fueran necesarias. Si el plan de salud se niega a hacerlo se referirá el asunto a la división de cumplimiento del Departamento o a los abogados a cargo de otorgar licencias, para que ellos determinen si se le deben imponer penalidades administrativas al plan de salud o si se deberá iniciar una acción formal para obligar el cumplimiento.

### **¿Qué puedo hacer si el Departamento no resuelve el reclamo a favor mío?**

El Departamento le brindará una explicación por escrito de su decisión. Usted puede iniciar una acción legal en ese momento o en cualquier otro momento durante el proceso de reclamo del Departamento. Consulte la Prueba de Cobertura para determinar qué tipo de acción legal puede tomar.

**Aviso Requerido por  
la Ley de Prácticas para el Manejo de Información de 1977  
(Sección 1798.17 del Código Civil de California)**

- a) La información solicitada por los formularios que se adjuntan a este aviso es requerida por el Centro de Ayuda HMO del Departamento de Atención Administrada de la Salud del Estado de California HMO.
- b) El Gerente Administrativo, 980 9th Street, Sacramento, CA 95814-2725, teléfono (916) 327-7659, es responsable por el mantenimiento de los expedientes y deberá, bajo pedido, informar a los individuos interesados dónde están ubicados los expedientes del Departamento de Atención Administrada de la Salud y qué categorías de personas utilizan la información contenida en los mismos.
- c) Los expedientes del Departamento de Atención Administrada de la Salud se mantienen de acuerdo a uno o más de los siguientes estatutos: secciones 1344, 1351, 1351.1, 1352, 1353, 1368(b), 1368.02 y 1384 del Código de Salud y Seguridad.
- d) La entrega de cualquier información solicitada es voluntaria.
- e) Si no proporciona la información solicitada por el formulario adjunto, ya sea en todo o en parte, el Centro de Ayuda HMO del Departamento de Atención Administrada de la Salud podrá verse impedido de examinar su reclamo.
- f) La información solicitada será utilizada principalmente por el Departamento de Atención Administrada de la Salud como parte de un proceso para establecer: (1) si se debe otorgar, denegar, revocar o limitar de cualquier manera una licencia, calificación, registro u otro tipo de autorización; (2) si las empresas o individuos licenciados o regulados por el Departamento de Atención Administrada de la Salud se están comportando de acuerdo a las leyes correspondientes; y/o (3) si las leyes administradas por el Departamento de Atención Administrada de la Salud están siendo o han sido violadas y si corresponde tomar una acción administrativa o civil, o si se debe referir el caso a las agencias reguladoras o de cumplimiento de la ley federales, estatales o municipales.
- g) Cualquier divulgación conocida o potencial de la información conforme a la subdivisión (e) o (f) de la sección 1798.24 del Código Civil puede incluir también su transferencia a agencias reguladoras o de cumplimiento de la ley federales, estatales o municipales.
- h) Sujeto a ciertas excepciones o exenciones, la Ley de Prácticas para el Manejo de Información otorga a un individuo el derecho a acceder información personal relacionada con el individuo solicitante, la cual debe ser mantenida por el Departamento de Atención Administrada de la Salud. No obstante, la sección 6254 del Código de Gobierno estipula que los expedientes de reclamos o investigaciones llevadas a cabo por el Departamento de Atención Administrada de la Salud están exentas de divulgación, con excepción de lo exigido por ley.

Además, la sección 1040 del Código de Evidencia dispone un privilegio contra la divulgación de información oficial en casos en que la corte establezca que la necesidad de mantener la confidencialidad excede el interés público en divulgarla.